

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 44

ESSAI CLINIQUE
SUR LE
CANCER SOUS-MUQUEUX
DE L'INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix BADIE

Né à Montpellier le 25 mars 1877

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse

Elève de l'Ecole du Service de santé militaire

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE & SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

—
1899

ESSAI CLINIQUE
SUR LE
CANCER SOUS-MUQUEUX
DE L'INTESTIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545308_0018

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 44

ESSAI CLINIQUE
SUR LE
CANCER SOUS-MUQUEUX
DE L'INTESTIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix BADIE

Né à Montpellier le 25 mars 1877

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse

Elève de l'Ecole du Service de santé militaire



TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE & SÉBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.

LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUMEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	ROCHIER.
Clinique des maladies mentales.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	CAZENEUVE.
Anatomie.....	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	LORTET.
Physiologie.....	TESTUT.
Pathologie interne.....	RENAUT.
Pathologie externe.....	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....	TRIPPIER.
Médecine légale.....	POLLOSSON (M.)
Hygiène.....	ARLOING.
Thérapeutique.....	LACASSAGNE.
Pharmacie.....	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	WEILL	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNÔIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.)	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANDOLPHE.	—
Botanique.....	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. ROUX, *Assesseur*;
MM. ROCHET et VALLAS, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON FRÈRE

Dont je désire ardemment le succès prochain.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNEL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TOURNEUX

Professeur d'histologie et d'embryologie à la Faculté de Toulouse.

MEIS & AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu

Membre correspondant de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Notre travail inaugural nous permet de payer les dettes de reconnaissance, nombreuses et impérissables, que nous avons contractées

M. le médecin principal de 1^{re} classe Pierrot a soigné, avec une bonté sans égale, notre santé ébranlée par les brouillards épais de Lyon. Grâce à ses soins éclairés, nous avons pu nous rétablir bientôt et continuer nos études sans perdre de temps. Nous n'avons qu'à nous louer de l'excellent accueil que nous avons toujours reçu auprès de lui, et nous croirions manquer à tous nos devoirs si nous ne priions M. le médecin principal Pierrot d'accepter ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Bénissons aussi nos chères montagnes du Capsir, dont l'air pur et le climat bienfaisant ont neutralisé le surmenage de nos années de scolarité ; nous puisions chaque année, dans les Pyrénées, un regain de vigueur, et l'étude nous était douce après les excursions nombreuses qui laissaient en repos nos cellules cérébrales.

Séduit à Lyon par l'accueil bienveillant que nous recevions dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons suivi avec assiduité les leçons du maître éminent qui nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse. Nous le remercions de cette marque de sympathie

et de l'enseignement clinique chirurgical que nous avons reçu de sa propre bouche.

M. le Docteur Delore, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, n'a pas ménagé son temps pour nous donner des conseils précieux ; qu'il reçoive ici l'assurance de notre plus vive reconnaissance.

Nous ne saurions passer sous silence les charmantes réceptions où M^{me} et M. le médecin inspecteur Kelsch nous faisaient vite oublier notre humble qualité d'élève, et nous laissaient entrevoir l'avenir sous un jour plus riant ; nous les prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

Merci à nos maîtres civils et militaires qui, par leurs conseils et leur expérience, ont écarté de nous les épines de l'art médical. M. le médecin-major de 2^e classe Bernard nous permettra de lui soumettre l'expression de notre respectueuse sympathie.

Nous remercions nos camarades de la solide amitié qu'ils nous ont toujours témoignée.

Que M. le médecin aide-major Pla, les docteurs Gondre, Antoine, Talon, MM. Côme et Augé reçoivent l'assurance de nos sentiments amicaux les plus purs.

INTRODUCTION

Le cancer sous-muqueux de l'intestin est une affection peu connue ; il est fait mention de son existence dans quelques rares observations que nous avons soigneusement recueillies en parcourant plus de trois cents cas de tumeurs intestinales.

La première observation relative à notre sujet date de 1852 (1) : c'est un cas de cancer sous-muqueux confondu pendant la vie avec une obstruction intestinale. Puis, nous lisons quelques notes d'autopsies relatives à des cancers probablement sous-muqueux, mais que l'examen histologique trop succinct nous a fait rayer du cadre de notre travail.

Il nous faut arriver en 1875 (2) pour trouver une analyse microscopique bien faite. Depuis cette date, les observations sont plus nombreuses, plus fertiles en renseignements histologiques, et c'est surtout dans les journaux et les revues des dernières années que nous avons puisé les éléments importants du sujet qui nous occupe.

(1) GROSS, in *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1852.

(2) LAVERAN, in *Progrès Médical*, 1875.

M. le Professeur Poncet a eu l'occasion d'observer trois fois une variété un peu spéciale de carcinome sous-muqueux de l'intestin en raison tout particulièrement de son siège sur le colon descendant et l'S iliaque.

Nous allons essayer maintenant de donner une définition exacte du cancer sous-muqueux de l'intestin :

Nous appellerons de ce nom toute tumeur maligne d'une partie quelconque de l'intestin à *point de départ interstitiel*, tumeur n'intéressant pas en premier lieu la muqueuse, comme le cancer proprement dit de l'intestin.

L'expression de cancer sous-muqueux ne nous paraît pas très exacte : prise au pied de la lettre, elle pourrait nous faire songer à un siège exclusivement sous-muqueux, c'est-à-dire cantonné dans la celluleuse ; nous préférons, suivant en cela les conseils de M. le Docteur Delore, appliquer la dénomination de cancer interstitiel, par analogie avec les tumeurs de la langue. Ce qualificatif s'applique aux parois prises en général et ne nous expose pas à n'étudier, comme cancer sous-muqueux, que les cancers de la celluleuse.

Nous avons cru devoir faire précéder l'histoire clinique du néoplasme d'un résumé anatomique des tumeurs intestinales : cette étude fera l'objet d'un premier chapitre.

Connaissant le structure intime de l'intestin, nous passerons, dans un second chapitre, à l'anatomie et histologie pathologique du cancer, nous efforçant de

déterminer le point de départ et le siège exact des tumeurs sous-muqueuses.

En troisième lieu, nous aborderons l'étiologie, nous bornant seulement à une simple statistique, sans essayer de résoudre la question si obscure des prédispositions et de la genèse des cancers.

Puis nous passerons en revue la symptomatologie et le diagnostic, surtout le diagnostic qui, fait d'une façon précoce, éclaire singulièrement le pronostic d'une affection redoutable.

Un cinquième chapitre nous permettra d'examiner les complications du cancer sous-muqueux, et les moyens de les diagnostiquer.

Nous verrons ensuite la marche, la durée, la terminaison.

Le traitement, sur l'étude duquel nous ne nous attarderons pas beaucoup, fera l'objet d'un septième chapitre. Nous ne décrirons pas de procédé opératoire, car nous sortirions des limites de notre cadre. Nous nous bornerons à établir les différentes indications thérapeutiques et à comparer les divers procédés actuellement usités dans la cure du cancer proprement dit de l'intestin.

Nous avons cru devoir, contrairement à l'habitude, intercaler les observations dans le texte : c'est pour mieux fixer les idées du lecteur que nous avons adopté ce *modus faciendi* ; nous avons choisi, pour chaque chapitre, les observations dont les caractères particuliers se rattachaient d'une façon exacte à telle ou telle partie de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu anatomique et Histologie de l'intestin normal.

On pourrait comparer le tube intestinal à deux troncs de cône très allongés et pelotonnés, le premier, le plus long (intestin grêle), pouvant s'emboîter dans le second (gros intestin). La base du tronc de cône siège dans la portion de tube intestinal la plus éloignée de l'anus : au début du duodénum pour l'intestin grêle, au cœcum pour le gros intestin. Les deux tubes sont en continuité, grâce à la valvule de Bauhin qui ne permet le courant fécal que dans un sens : de l'estomac vers l'anus.

La structure des parois du tube intestinal est à peu près la même pour l'intestin grêle et le gros intestin ; aussi croyons-nous pouvoir nous abstenir de décrire séparément l'histologie de ces organes.

Quatre tuniques forment le revêtement intestinal.

Nous trouvons en allant de la profondeur à la surface :

1° La *muqueuse* : revêtement épithélial cylindrique à cils vibratiles, renouvelé incessamment dans les

échanges nutritifs de la digestion. Cette tunique a une très grande surface, elle est repliée sur elle-même, donnant ainsi naissance aux valvules conniventes et aux villosités intestinales. Une mince couche de fibres lisses, la *muscularis mucosæ*, permet à la muqueuse de se contracter et de produire ainsi une aspiration, qui facilite, d'une façon singulière, l'osmose digestive. De nombreuses glandes s'invaginent vers la profondeur en refoulant la couche sous-jacente à la muqueuse.

— Nous trouvons aussi, éparpillées dans la muqueuse, des productions lymphatiques, dont le nom varie suivant le volume; c'est ainsi qu'à côté de cellules lymphatiques nous voyons des follicules clos, isolés et des follicules agminés, dont le nombre, très variable, oscille autour de trente (1); nous voulons parler des plaques de Peyer. Immédiatement au-dessous de la musculaire muqueuse, nous sommes en rapport avec la deuxième tunique de l'intestin.

2° La *sous-muqueuse* ou celluleuse repose sur l'assise annulaire du muscle moteur général de l'intestin. Cette assise présente de grandes analogies avec la sous-muqueuse de l'estomac; elle adhère assez fortement à la muqueuse.

La sous-muqueuse, chez la plupart des mammifères (2) (homme, chien, etc.) est constituée par du tissu conjonctif lâche. Au sein de cette assise, on ne trouve plus de colonies de cellules lymphoïdes, ni de formations

(1) TESTUT, *Anat. descript.*, t. III.

(2) RENAULT, *Histologie*.

autochtones de tissu réticulé. Les glandes de Brünner, les corps des follicules isolés ou agminés, occupent, il est vrai, la bande conjonctive sous-muqueuse, mais ils l'ont envahie par refoulement. Plus ou moins aminci et discontinu, le feuillet profond de la muqueuse les contourne et les relie ainsi à la couche sous-glandulaire de la muqueuse. « Morphologiquement donc, il s'agit encore ici d'une assise de tissu conjonctif de charpente, simplement transformé. On en a une preuve par l'absence complète de véhicules adipeuses dans la cellule intestinale des sujets les plus obèses.(1). »

Dans le tissu conjonctif sous-muqueux, mélangées au tissu conjonctif, nous trouvons un certain nombre de fibres élastiques : ces fibres facilitent le glissement de la muqueuse sur les plans sous-jacents. Elles permettent aussi, croyons-nous, une constance égale dans la circulation sous-muqueuse disposée en plexus très riches, comme nous allons le voir.

Les artères sont divisées en un certain nombre de branches rayonnantes qui donnent lieu à des « figures étoilées remarquables » (Heller). De ce lacis artériel se dégagent des branches verticales qui vont irriguer la muqueuse et les organes lymphoïdes de cette dernière. On observe un réseau veineux correspondant comme forme au réseau artériel.

Par leur union, les lymphatiques provenant de la muqueuse contribuent à former la couche sous-muqueuse. Ces lymphatiques, dans la muqueuse, sont répandus dans le tissu conjonctif muqueux situé entre

(1) RENAUT, *Histologie*.

la *muscularis mucosæ* et le revêtement épithélial ; ils sont en communication avec toutes les formations lymphoïdes que nous avons mentionnées plus haut (infiltration diffuse de tissu réticulé, points folliculaires, follicules clos, isolés ou agminés).

Dans la celluleuse, nous trouvons encore un plexus nerveux très important : le plexus de Meissner. Ces plaques nerveuses, sensitivo-motrices, sont encadrées par les formations artérielles ; elles innervent les fibres musculaires lisses des villosités et de la muqueuse, et peut-être aussi les glandes.

3° Immédiatement au-dessous de la sous-muqueuse, nous trouvons *l'assise musculéuse*, divisée en deux couches concentriques :

a). Les fibres longitudinales superficielles ;

b). Les fibres profondes circulaires en rapport avec la sous-muqueuse.

Entre ces deux couches s'étend un autre plexus nerveux : le plexus d'Auerbach, exclusivement moteur. Les fibres musculaires sont lisses, ce sont elles qui déterminent les mouvements péristaltiques de l'intestin : elles s'étendent sur l'intestin grêle en une bande homogène, continue depuis le pylore jusqu'à la valvule de Bauhin. Au gros intestin, nous les voyons renforcées en trois points également distants, formant trois bandes longitudinales du cœcum à l'an us. D'après *Gegenbaur* ces faisceaux musculaires seraient provoqués par un écartement de parois intestinales dû, à l'accumulation des matières fécales. L'assise longitudinale est plus courte que l'assise annulaire ; ce qui le

prouve, c'est que, si on sectionne les bandelettes, les bosselures transversales du gros intestin disparaissent.

4° La *tunique séreuse* englobe la musculieuse et enferme l'intestin dans la cavité péritonéale. Au niveau du gros intestin elle émet des prolongements : les appendices épiploïques qui n'apparaissent qu'à l'âge adulte et dont le développement est en rapport avec l'obésité du sujet.

Suivant les portions d'intestin considérées, la séreuse recouvre plus ou moins entièrement la musculieuse, de telle sorte qu'en certains points nous voyons l'intestin isolé de la cavité péritonéale.

Au point de vue histologique, cette tunique est constituée par deux couches :

a). Une couche profonde conjonctive composée de fibres élastiques et de fibres conjonctives réunies par une substance amorphe. Les fibres élastiques, au voisinage de l'endothélium (couche élastique sous-séreuse) forment une surface d'autant plus épaisse que les parties sur lesquelles elle repose sont plus exposées à des déplacements ;

b). Une couche endothéliale formée par des cellules aplaties, minces, polygonales et disposées sur une seule rangée. Ces dernières dessinent une sorte de mosaïque interrompue de loin en loin par des centres germinatifs qui peuvent bourgeonner, soit en dedans vers la couche conjonctive, soit en dehors, dans la cavité péritonéale.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique.

Pour M. le professeur Poncet, il s'agit, dans trois observations, d'un carcinome prenant naissance dans les culs-de-sac glandulaires profonds du gros intestin, faisant saillie d'abord et se développant ensuite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et s'infiltrant ainsi plus ou moins loin en respectant, pendant un temps également plus ou moins long, la muqueuse de l'intestin, d'où l'absence de melæna, etc., et d'autres signes qui caractérisent le cancer habituel du tube intestinal.

I

1° Examinons d'abord le *siège anatomique* de la tumeur.

Nous nous reporterons au passage suivant d'Hausmann (1).

« Le cancer (intestinal habituel) augmente de fréquence à mesure que l'on se rapproche de la partie

(1) Thèse, 1882.

inférieure du tube digestif. Pour 4 cancers du jéjunum, nous en avons 21 de l'iléon, dont 4 pour sa partie terminale ; pour 70 cancers du côlon droit, nous en trouvons 129, plus du double, pour le côlon gauche. »

Notre statistique rentre à peu près dans la proportion observée par Haussmann ; peut-être cependant le siège dans la partie terminale du tube digestif, est-il encore plus marqué.

Nous trouvons sur onze tumeurs :

Duodénum 1.

Jéjuno-iléon 1.

Côlon descendant 1.

Rectum et S iliaque 8.

Comment expliquer cette prédilection toute particulière du cancer pour le rectum ?

D'après Haussmann, il nous faudrait voir là le résultat de l'irritation produite par des matières plus dures : cette explication s'étend aussi aux cancers du cæcum (passage des aliments à travers la valvule) iléo cœcale.

2° On peut ramener les cancers intestinaux à *quatre formes* principales que nous trouvons représentées dans nos observations.

Le cancer en *anneau* ou en *virole* est le plus fréquent ; suivant sa hauteur plus ou moins grande, il ressemble à une bague ou à un entonnoir ; sur huit observations, il est noté quatre fois (50 %) puis nous voyons la forme à *noyau unique* relatée dans deux cas (25 %); le cancer en *plaques* : un cas (12,5 %); le cancer en *polypes disséminés* : un cas (12,5 %).

Dans une observation, nous notons l'inyagination

intestinale, soit $1/8$, proportion sensiblement égale à celle que l'on observe dans le cancer habituel de l'intestin (1) : $2/13$.

C'est la forme annulaire qui est la plus grave par la sténose plus rapide qu'elle occasionne.

L'invagination s'est produite dans un cas de tumeur polypeuse (obs. I).

OBSERVATION I (résumée).

Tumeurs polypeuses multiples de l'intestin. — Invagination.
(Homolle, in *Bull. Soc. Anat.*, 1870.)

Deux tumeurs se rencontrent à l'ouverture de l'intestin grêle; elles ne sont pas ulcérées : la muqueuse intestinale est intacte au niveau de ces saillies.

A la coupe, le tissu qui constitue les tumeurs est assez ferme, d'un blanc rosé, d'aspect encéphaloïde et laisse un suc laiteux.

Les autres organes abdominaux sont sains ; les ganglions mésentériques peu volumineux.

L'examen microscopique rapide semble indiquer qu'il s'agit d'un sarcome.

3° Le *volume* du cancer sous-muqueux est assez considérable, comparativement à celui que l'on observe dans le cancer habituel. Nous expliquons cet accroissement plus grand par le peu d'altération de la muqueuse qui ne réagit pas si ce n'est dans la période ultime de l'évolution du néoplasme ; les fonctions étant mieux conservées, le cancer suit son cours ; les accidents

(1) BACQUÉ, Thèse de Paris.

qu'il provoque apparaissent tardivement, c'est ce qui lui permet d'acquérir un développement assez considérable.

Presque toujours la tumeur a été notée pendant la vie du malade.

4° La *consistance* des néoplasmes sous-muqueux est le plus ordinairement dure, par suite des abondantes travées conjonctives que nous allons trouver dans la constitution des tumeurs.

II.

1° *Siège histologique.* — Le plus souvent nous voyons les cellules néoformées prendre naissance aux confins de la muqueuse et de la sous-muqueuse : au niveau des *culs-de-sac glandulaires*. Mais le cancer ne se localise pas à la sous-muqueuse, comme le pensaient les auteurs, il envahit tous les tissus.

Le début se fait par un point carcinomateux ; peu à peu l'infiltration néoplasique s'étend et devient annulaire : nous voyons ainsi le mécanisme du rétrécissement.

Les culs-de-sac glandulaires s'allongent et pénètrent progressivement dans la celluleuse qui prend part à la dégénérescence. Des faisceaux conjonctifs s'interposent en grande quantité entre les cellules cancéreuses, les emprisonnant comme dans un riche lacs.

L'extension se fait ensuite à l'assise musculaire ; les fibres circulaires d'abord, puis la couche longitudinale. A ce moment le couche glandulaire est épaissie, un

peu transparente; la masse principale est formée par du tissu conjonctif sous-muqueux : en râclant la tumeur, on obtient un suc lactescent.

On voit déjà des alvéoles remplis de cellules de nouvelle formation et des festons dans la sous-muqueuse ; les glandes sont très allongées, pleines de petites cellules cylindriques ou cubiques : cet allongement est dû au bourgeonnement du tissu conjonctif interstitiel.

Peu à peu toutes les parois sont envahies et bientôt la séreuse est farcie de cellules cancéreuses.

Rarement le début se fait par noyaux multiples ; cependant, nous trouvons un cas (1) dans lequel on voyait beaucoup de noyaux colloïdes carcinomateux, tumeurs ovoïdes non ulcérées, développées aux dépens de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux.

Dans la sous-muqueuse, comme le montre l'observation suivante, on observe une circulation vasculaire très active ; des vaisseaux nouveaux se forment au niveau des amas néoplasiques ; on y voit aussi de nombreuses cavités remplies de cellules polymorphes et une prolifération cellulaire abondante.

OBSERVATION II

Cancer du rectum. Accidents d'obstruction par péritonite et adhérences anciennes ayant déterminé au-dessous du néoplasme des rétrécissements par coudure brusque du côlon descendant, par M. LEFEBVRE, interne des Hôpitaux, 17 octobre 1890.

La malade était entrée à l'Hôpital Broussais dans le service de M. Chauffard, il y a trois semaines, pour des accidents d'obstruction intestinale incomplète dont elle souffrait par intermittences déjà

(1) CORNIL et RANVIER. *Histologie pathologique*.

depuis deux ans et demi. A une période antérieure, alors que la malade était soignée à l'hôpital Cochin, aux phénomènes d'obstruction s'étaient joints des accidents péritonitiques dont nous avons retrouvé la trace dans les adhérences anciennes qui immobilisaient le côlon descendant dans sa partie supérieure en l'appliquant contre la paroi postéro-latérale de la cavité abdominale.

L'état d'amaigrissement de la malade, les alternatives de diarrhée profuse et de constipation opiniâtre, et surtout la présence d'une tuméfaction cylindrique rénitente dans la fosse iliaque gauche, tuméfaction surmontée d'une ampliation du gros intestin qui la rendait appréciable dans toute son étendue supérieure, permirent de poser le diagnostic de cancer du rectum à l'union du côlon, en l'absence de tout renseignement fourni par le toucher rectal.

Une intervention chirurgicale fut refusée par la malade, et elle succombait à la péritonite qui s'était déclarée peu de temps après.

L'autopsie est venue justifier le diagnostic. Le rectum, au-delà des limites du doigt, était, au-dessus de l'articulation sacro-iliaque du côté gauche, le siège d'un épithélioma en virole qui avait déterminé une obstruction relative du canal intestinal sur une étendue de trois centimètres environ.

Il était libre d'adhérences. Peu de ganglions sont envahis par la dégénérescence.

Mais, à l'ouverture de l'abdomen, une fois les anses d'intestin grêle relevées, ce qui frappait avant le rétrécissement rectal, c'était une série de trois rétrécissements dus à une coudure brusque du côlon descendant. A ces coarctations très serrées on reconnaissait pour causes l'adhérence et l'immobilisation du côlon contre la paroi abdominale postéro-latérale.

Un de ces rétrécissements siégeait un peu au-dessous de l'union du côlon transverse au côlon descendant, un autre au niveau de la partie moyenne du côlon, un troisième enfin siégeait un peu au-dessus de la virole cancéreuse. Au-dessus de chacun d'eux, l'intestin avait subi une ampliation notable et même, au-dessus du rétrécissement supérieur, la face interne de l'intestin présentait une coloration noirâtre sur une étendue de 10 centimètres, coloration due probablement à l'infiltration sanguine d'une portion dilatée de l'intestin au-dessus d'un rétrécissement.

Chacun de ces rétrécissements était plus serré que la virole cancéreuse.

L'*examen histologique* a permis de constater une vascularisation sous-muqueuse très accentuée, sans grandes déformations des glandes. Les couches profondes, au niveau des saillies papillomateuses, sont le siège de prolifération cellulaire (petites cellules rondes, interposées aux glandes).

Nombreuses cavités remplies de cellules polymorphes.

Quant à la coloration ecchymotique constatée au niveau du côlon transverse, avant son union au côlon descendant, et au-dessus du premier rétrécissement, par bride péritonéale, elle ne paraît pas due à une dégénérescence épithéliomateuse secondaire de l'intestin, non plus qu'à une extravasation sanguine.

L'examen microscopique n'a permis de constater que la néoformation des vaisseaux sanguins dans l'épaisseur de la couche muqueuse et la cellulaire sous-muqueuse.

Les altérations de la muqueuse varient suivant la période de l'évolution du néoplasme, à laquelle on la considère.

Au début, on observe tous les signes d'une inflammation chronique : la muqueuse est rouge, plus vasculaire qu'à l'état normal ; ses cellules sont épaissies. Plus tard, la coloration devient violacée et on remarque, dans les éléments constitutifs des glandes, une pigmentation intense ; quelquefois la muqueuse est ramollie ou mamelonnée.

Il est rare de voir une ulcération se produire ; dans le cancer sous-muqueux on la voit se former soit dans l'intérieur de l'intestin, soit au dehors, sur la séreuse. Nous avons cependant vu un cas (obs. VI) où la muqueuse avait entièrement disparu, ainsi que la celluleuse et la musculieuse ; seule, la séreuse était reconnaissable.

·III.

1° *Lésions à distance ; — Retentissement sur l'intestin.* — Au niveau de la tumeur se produit toujours un rétrécissement, latéral ou annulaire, suivant la forme de la tumeur.

En ce point, les cellules cylindriques de la muqueuse s'aplatissent et deviennent pavimenteuses.

Au-dessus du rétrécissement, les tuniques intestinales se dilatent souvent d'une façon énorme, de manière à acquérir le volume d'un estomac normal (obs. VIII et V), la muqueuse présente des tubes glandulaires remplis de cellules cylindriques plus ou moins modifiées (obs. III). La partie profonde est constituée par la musculieuse dissociée par des boyaux de cellules épithéliales ayant subi en partie la dégénérescence colloïde (obs. III).

On observe en outre une infiltration leucocytaire considérable qui alterne avec des lésions de sclérose disséminée.

Malgré sa dilatation, la muqueuse n'est pas toujours ulcérée; elle est fixée sur les parties profondes, épaissie et peu différenciée des autres tuniques de l'intestin.

Nous allons retrouver, dans l'observation III, tous ces caractères.

OBSERVATION III

Epithélioma cylindrique du rectum à cellules muqueuses, simulant un rétrécissement. Anus iliaque. Mort. (Par René Le Fur, Interne des Hôpitaux. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1898).

Histoire clinique. Homme de 51 ans, entré le 29 octobre 1898 à la Pitié, dans le service de M. le professeur Berger.

Depuis longtemps déjà, ce malade présentait les troubles gastriques et des phénomènes locaux du côté du rectum (douleurs en allant à la selle; ténésme; toujours un peu d'écoulement, jamais de sang dans les garde-robes).

La constipation était, pendant toute cette période, le phénomène dominant et faisait rarement place à la diarrhée.

Cependant, jamais jusqu'alors, le malade n'avait présenté de phénomènes d'obstruction nette, et ce n'est que cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital que la constipation devint de plus en plus opiniâtre, ne céda à aucune médication; c'est ce qui décida le malade à se faire admettre à l'hôpital.

A l'examen, le malade présente un ballonnement déjà très marqué de l'abdomen, s'accompagnant de tympanisme. Il ne rend plus, depuis quelques jours déjà, ni gaz, ni matières; cependant un écoulement glaireux persiste par l'anus et semble dû aux sécrétions du bout inférieur du rectum. Les lavements qu'on ordonne sont, en effet, rendus immédiatement et n'entraînent pas de matières. Le malade présente en outre des vomissements légèrement fécaloïdes.

L'état général est mauvais: température abaissée, 36°; pouls rapide et faible; le malade, qui a beaucoup maigri depuis quelques mois, se sent très affaibli.

Le toucher rectal est horriblement douloureux, le doigt s'enfonce dans un véritable entonnoir, où il se sent de plus en plus serré; on peut atteindre la limite supérieure du rétrécissement avec peine; mais on ne peut la dépasser. Toute cette surface rétrécie est unie et lisse, recouverte seulement d'un enduit glaireux; il n'existe d'induration, ni d'ulcération nulle part; le doigt ramène des matières glaireuses et légèrement brunâtres, mais ne provoque aucun saignement; il existe un épaissement considérable des parois rectales qui ont perdu toute mobilité. On ne constate ni hémorroïdes, ni fistules à l'anus.

Diagnostic. — Le toucher donne nettement l'impression d'un rétrécissement, mais les phénomènes d'occlusion brusque font pencher, mon maître M. Bergér, vers le diagnostic de cancer.

Traitement. — Anus iliaque en deux temps suivants la méthode de Mayd. Reclus.

Mort le lendemain.

AUTOPSIE. — L'examen du rectum confirme les données du toucher rectal : il existe un rétrécissement en entonnoir, bien net, à sommet supérieur, dont le point le plus étroit, formant virole complète, se trouve à 5 ou 6 centimètres de l'anus ; à ce niveau le calibre est très diminué, laissant à peine passer le petit doigt : la muqueuse semble épaissie, presque cicatricielle, ainsi que les plans sous-jacents.

Au-dessus de cette virole fibreuse, se trouve une dilatation assez volumineuse formant poche rectale mais ne présentant aucune ulcération.

Au-dessous du point sténosé, la muqueuse a un aspect presque normal. Elle n'est ni indurée, ni ulcérée en aucun point ; elle ne présente pas les lésions de la rectite proliférante ; mais elle est fixée sur les plans sous-jacents et offre une coloration rouge sombre et un aspect velvétique ; par places, elle est ecchymotique. Une coupe des parois rectales montre un épaississement considérable de ces parois (3 ou 4 cent.) ; il n'existe plus aucune séparation entre les différentes tuniques du rectum ; on ne trouve plus de traces apparentes de fibres musculaires ; tout est englobé dans une sorte de tissu d'aspect fibreux, criant presque sous le scapel ; plus extérieurement encore, on trouve une zone de dégénérescence fibro-lipomateuse reliant le rectum aux parois du bassin. Il n'existe pas de ganglions appréciables. En somme, ce sont là des lésions accentuées de rectite et de périrectite.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un cancer colloïde typique du rectum. Mais sa localisation est assez spéciale.

Les parties superficielles de la muqueuse sont peu modifiées ; on trouve encore les conduits glandulaires bien conservés par endroits et nettement limités et ils présentent à leur intérieur une ou plusieurs couches de cellules cylindriques ou cubiques. Mais on ne peut pas dire que ce sont encore des cellules atypiques.

D'ailleurs, la paroi des conduits glandulaires est encore net-

tement limitée et nullement envahie par les cellules qui restent donc intra-tubulaires. Les lésions de la muqueuse pourraient



D'après Cestan, interne des Hôpitaux.

En bas, muqueuse avec tubes glandulaires remplis de cellules cylindriques plus ou moins modifiées ; en haut, la musculuse dissociée par des boyaux de cellules épithéliales ayant subi en partie la dégénérescence colloïde.



Boyau épithélial de la muqueuse à un plus fort grossissement.

à la rigueur être considérées comme d'origine inflammatoire ; mais on doit plutôt les faire rentrer dans la classe de l'épithélioma cylindrique typique du rectum à forme glandulaire.

Si les lésions de la muqueuse n'offrent rien d'absolument caractéristique, au contraire, celles de la *sous-muqueuse* et de la musculuse n'offrent pas de doute un seul instant. Au milieu des couches musculaires très hypertrophiées, en effet, et les dissociant, existent de véritables boyaux épithéliaux de forme et de dimension variables. Les cellules qu'ils renferment sont disposées sans ordre, sur une ou plusieurs couches ; leur forme est variable, mais leur aspect est caractéristique ; la partie centrale des cellules semble atteinte de déliquescence, de dégénérescence colloïde, de telle sorte qu'il existe une sorte de cavité centrale comme remplie de liquide épais.

Ces lésions n'apparaissent pas dans toute l'étendue de la couche musculaire, mais seulement par endroits où elles sont alors très nettes ; ce qui domine partout ailleurs, c'est une infiltration leucocytaire très considérable qui envahit toute l'épaisseur de la tunique celluleuse et de la tunique musculuse du rectum et qui alterne avec des lésions de sclérose disséminée.

Lorsque la muqueuse est détruite, cette altération se manifeste par du melœna, mais cette phase de l'évolution est rarement atteinte.

2° *Brides et adhérences avec les organes voisins.*

— A mesure que la tumeur augmente en étendue, la mobilité de cette dernière se restreint de plus en plus ; les organes limitrophes sont envahis et font corps avec le néoplasme ; il arrive aussi que la séreuse péritonéale irritée réagit et donne lieu à des brides très solides qui étreignent l'intestin. Nous avons vu, dans l'observation II, une coudure brusque du côlon descendant par suite d'adhérences. Dans une observation de M. le professeur Poncet, l'intestin adhérait à la paroi lomboliquae.

Les rétrécissements du calibre de l'intestin peuvent alors être multiples ; nous en trouvons trois dans l'observation II. Dans ce cas, nous voyons le volume du gros intestin réduit à celui de l'intestin grêle (1).

3° En outre de l'extention aux organes voisins, nous observons *l'envahissement des ganglions*. Presque toujours ces organes lymphatiques sont hypertrophiés, mais ils ne sont pas cancéreux dans tous les cas. Il arrive parfois que le processus cancéreux est plus avancé au sein de leur tissu qu'au niveau de la tumeur qui en est la cause génératrice (obs. IV).

4° *La généralisation* du cancer sous-muqueux est fréquente. Dans l'observation VIII, le néoplasme envahit la tête du pancréas. Dans certains cas, les cellules cancéreuses apportées par la voie sanguine se fixent dans le cerveau et y déterminent la formation de noyaux secondaires. Nous voyons aussi un cas (2) de généralisation au grand épiloon, dont l'explication peut se trouver dans la théorie de Rindfleisch :

Des noyaux charnus pédiculisés et laissant exsuder un suc cancéreux siègent dans les replis mésentériques ; le côlon ascendant et le côlon transverse sont envahis totalement par les granulations cancéreuses.

Le grand épiloon est atteint d'un cancer miliaire généralisé ; le péritoine a contracté de nombreuses adhérences, il est aussi atteint de la diathèse cancéreuse

(1) *Bull. Soc. Anat. Paris* (1879).

(2) *Ibid.*

qui n'a pas dépassé la cavité péritonéale et dont le maximum d'intensité est dans les parties déclives.

Dans des cas pareils, d'après Rindfleisch (1), la dissémination se ferait par ensemencement; les parcelles cancéreuses, usées par le frottement, se détacheraient et glisseraient sur les surfaces lisses jusqu'à fixation dans un pli; nous pouvons ajouter que la pesanteur exerce son influence sur les particules néoplasiques.

5° *Perforation*. — C'est un stade assez rarement atteint; d'après nos observations on la note deux fois (observations dues à l'obligeance de M. le professeur Poncet). Il s'agissait de deux malades chez lesquels on avait pratiqué une tentative d'énucléation; quelques mois plus tard, une perforation spontanée, un anus contre-nature se produisit à ce niveau.

Dans l'observation X, il semble qu'une perforation se soit produite et ait donné naissance à une psoïtis.

Quoi qu'il en soit, la perforation, dans le cancer sous-muqueux, entraîne toujours à sa suite de la péritonite adhésive, qui isole le trajet fistuleux de la grande cavité séreuse.

D'ailleurs, nous n'avons jamais vu la mort survenir à la suite d'une perforation.

IV. Nature et variétés des tumeurs.

A. — Sur les onze observations de notre travail nous trouvons, par ordre de fréquence :

(1) RINDFLEISCH, *Histologie pathologique*.

Carcinome, 6 cas (observations II, IV, V, VI, VIII, XI).

Epithéliome, 3 cas (observations III, IX, X).

Sarcome, 2 cas (observations I, VII).

1^o Le carcinome est constitué par une trame conjonctive formant des alvéoles que remplit un suc particulier; dans ce suc sont plongées des cellules de formes et de dimensions très variées.

Nous avons trouvé des cellules rondes, des cellules épithéliales modifiées, mais jamais de cellule nettement définie qui puisse nous faire croire à sa spécificité.

De plus, ces tumeurs renferment toujours, en nombre exagéré, des vaisseaux sanguins; ces derniers (obs. II), donnaient naissance à un riche lacis dans la sous-muqueuse.

Les examens micrographiques font remarquer l'abondance remarquable de fibres conjonctives au niveau des travées constituant les alvéoles. Cette production de tissu conjonctif et élastique se retrouve fréquemment dans certains cancers, en particulier dans les cancers du sein.

Suivant la prédominance plus ou moins marquée du suc cancéreux, on reconnaît des carcinomes :

a. Squirrheux;

b. Encéphaloïdes.

C'est la première variété que nous avons remarquée dans le cancer sous-muqueux.

Le carcinome débute dans le tissu conjonctif sous-muqueux, sous les culs-de-sac glandulaires; on n'observe pas à ce moment de noyaux multiples.

OBSERVATIONS IV, V, VI (résumées).

(Dues à l'obligeance de M. le Professeur Poncet.)

Il s'agit d'hommes dans la force de l'âge : le plus jeune avait trente-cinq ans. La lésion se révèle d'abord par une tuméfaction plus ou moins volumineuse occupant la fosse iliaque gauche et pouvant, au début, donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Par exclusion et en tenant compte aussi d'une modification plus ou moins grande dans l'état général, le diagnostic d'une néoplasie maligne intra-abdominale s'impose.

Plus tard, dans une certaine période, il se confirme d'autant plus que les sujets présentent des signes de rétrécissement de l'intestin avec ses symptômes habituels.

Chez les trois malades en question, la marche avait été la même, tumeur dure, d'abord mobile, puis accroissement progressif.

Deux fois une incision pratiquée à la région lombaire démontra le siège sous-séreux de la tumeur et, plus tard, un anus contre nature se produisit à ce niveau.

Chez un troisième malade, la tumeur avait contracté des adhérences avec la paroi lombo-iliaque. Une large incision à ce niveau, avec débridement, amena un soulagement marqué et fit disparaître pendant plusieurs mois les accidents de subite occlusion survenant de temps à autre.

Ces tumeurs étaient constituées par un carcinome prenant naissance dans les culs-de-sac glandulaires profonds du gros intestin, faisant saillie d'abord, et se développant ensuite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le rétrécissement produit agissait surtout par compression, et, par conséquent, les accidents d'occlusion étaient moins marqués que dans le cancer habituel de l'intestin.

Ces trois cas se sont terminés par la mort.

Dans le *carcinome sous-muqueux*, la couche glandulaire est épaissie, un peu transparente; autour du cancer, les tissus sont rouges, enflammés; les lésions sont assez semblables à celles que l'on observe dans le carcinome sous-muqueux de l'estomac.

Il faut éviter de confondre le carcinome avec l'épithélioma ayant subi la dégénérescence colloïde.

2° L'*épithélioma sous-muqueux* est toujours cylindrique; il est formé de tubes allongés, dont les parois sont tapissées par des cellules cylindriques perpendiculaires à l'axe du canal. Ces éléments sont réunis par un stroma fibreux, dont toutes nos observations relatent le développement exagéré.

Cornil et Ranvier ont établi la fréquence de l'épithélioma cylindrique; pour Haussmann (1), on pourrait ramener à cette forme tous les cancers intestinaux.

Nous sommes plutôt de l'avis de Waldeyer qui fait de ces deux formes une manifestation d'un même processus, différant seulement par leur degré d'évolution.

3° *Deux sarcomes*, dont un mélanique, tous deux malins, sont représentés dans nos observations (obs. I et VII).

OBSERVATION VII (résumée).

Sarcome mélanique du rectum. (Observation communiquée à la Société Anatomique par M. TUFFIER.)

Sarcome développé dans la sous-muqueuse et formé d'éléments fusiformes. Ce sarcome rectal est peu mélanique, tandis que les

(1) HAUSSMANN, Thèse 1882.

ganglions lè sont beaucoup. La muqueuse rectale qui recouvre la tumeur présente des altérations glandulaires semblables à celles qu'on trouve dans les polypes et les adénomes : ici, les altérations sont manifestement secondaires.

D'après Quénu, l'adénopathie est la règle dans les sarcomes mélaniques. S'il y a adénopathie, on peut presque à coup sûr diagnostiquer un sarcome mélanique.

« Le sarcome est en général plus petit (1) que les autres tumeurs ; les fibres conjonctives y sont très abondantes, et dans leur épaisseur, on remarque les vaisseaux sanguins plus nombreux qu'à l'état normal. » Dans cette observation de Tuffier on ne trouve pas de généralisation ganglionnaire ; la tumeur siégeait à l'S iliaque.

B. — Développement. — Le carcinome est une tumeur d'abord locale qui se généralise ultérieurement. Il est plus volumineux que l'épithéliome ; nous avons vu ci-dessus que le sarcome était plus petit que les autres tumeurs. Le sarcome peut se développer de deux façons : soit en envahissant les tissus voisins, soit par prolifération de ses éléments propres (obs. I).

D'une façon générale, les tumeurs sous-muqueuses de l'intestin évoluent assez lentement, grâce au travées conjonctives abondantes qui les entourent.

(1) TUFFIER, *Observation d'un sarcome chez une couturière*, in Bull. Soc. Anat. 1895.

CHAPITRE III

Étiologie.

Nous étudierons successivement :

- 1° l'Influence de l'âge.
 - 2° — du sexe.
 - 3° — de l'hérédité.
 - 4° — des altérations antérieures de
- l'intestin { *a*) d'ordre externe.
 { *b*) — interne.

1° Influence de l'âge. — Les tumeurs sous-muqueuses de l'intestin s'échelonnent, d'après nos observations, entre 24 et 66 ans; nous trouvons l'âge mentionné cinq fois, deux adultes et trois vieillards. La proportion pour les adultes est beaucoup plus forte que dans le cancer proprement dit de l'intestin. Les tumeurs de l'âge adulte sont surtout des sarcomes; chez les vieillards, nous notons plutôt le carcinome. L'âge n'était pas mentionné dans quatre observations.

2° Influence du sexe. — Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes : sur 7 cas, nous relevons : hommes, 5; femmes, 2. La pro-

portion pour le cancer, d'après Haussmann, est : sur 244 cas, 125 hommes, 119 femmes, ce qui revient à un rapport d'environ 16/15. Les hommes sont plus prédisposés que les femmes, d'après notre statistique.

Hérédité. — D'après le travail de Bacqué (1), l'hérédité serait probable. Dans une observation, nous notons un cancer du rectum chez un malade dont le père était mort de la même affection (2). Les auteurs se sont préoccupés de rechercher le facteur étiologique et toutes nos observations sont muettes à ce sujet. Nous n'avons pas relevé davantage une allusion quelconque sur les nævi, dont les malades pouvaient être porteurs.

Profession. — C'est de préférence chez les gens qui mènent une vie sédentaire qu'évolue le cancer sous-muqueux ; c'est-à-dire, chez ceux dont la nutrition n'est guère surmenée.

La mauvaise influence exercée par les chagrins, les peines morales n'est pas relatée.

Altérations antérieures de l'intestin. — *a) D'ordre externe.* Les malades attribuent souvent leur maladie à un traumatisme antérieur ; mentionnons le cas d'une femme de 25 ans qui s'était heurtée la région iléo-cœcale, un an avant, et qui était porteur d'un cancer du cœcum.

b) D'ordre interne. L'influence sur le développe-

(1) BACQUÉ, *Cancer de l'intestin*, Thèse de Paris, 1892.

(2) FERGUSON, *New-York medical Journal*, 1886, t. I.

ment du cancer, exercée par les altérations d'ordre interne est très manifeste, et nous devons nous y arrêter.

Les douleurs après un excès de table sont fréquentes chez un cancéreux : chez presque tous les malades, nous notons une sensation de pesanteur. Nous voyons aussi le cancer se développer chez d'anciens typhiques, ou bien à la suite d'ulcérations tuberculeuses cicatrisées. Notons encore un cas consécutif à une dysenterie (1).

L. Bégin prétend (2) que le cancer de l'intestin survient toujours à la suite de l'entérite chronique.

Sans être aussi exclusif que cet auteur, nous reconnaissons la prédisposition fâcheuse engendrée par toutes les maladies aiguës ou chroniques de l'intestin entraînant à leur suite un *locus minoris resistentiæ*.

Chez un malade qui abusait des liqueurs fortes et des eaux de vie de mauvaise qualité survient un cancer du côlon ; reproduisons l'observation :

OBSERVATION VIII

Rétrécissement organique du gros intestin. Accidents subits d'étranglement. Mort. Nécropsie, par le docteur Gross (*Gazette des Hôpitaux*, 1872, 20 mars).

Antoine Ph..., âgé de 24 ans, tisserand, demeurant à Liepvre, est un garçon de forte constitution, bien musclé, tempérament sanguin, et qui n'a jamais été malade. Il est un peu ivrogne et boit surtout beaucoup d'eau-de-vie de mauvaise qualité.

(1) *Bull. Soc. Anat.*, 1881.

(2) *Dict. de Méd. et de Chir.*, 1869.

Le 19 février 1852, dans la nuit, il fut pris, sans cause connue, de vomissements qu'il combattit par une dose assez forte d'eau-de-vie. Le remède augmenta le mal et provoqua de violentes coliques. Pendant cinq jours, il fut traité à domicile par un officier de santé. Le traitement consista surtout en lavements.

Le 25 février, cinq jours après l'invasion du mal, on dirigea le malade sur l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines. A son entrée, il était dans l'état suivant :

Embonpoint normal, coloration normale des téguments ; apyrexie parfaite, tympanite prononcée, ventre saillant vers l'ombilic ; sonorité de l'abdomen et de l'épigastre ; vomissements fréquents, peu abondants, muqueux. Depuis cinq jours pas de selles, pas d'évacuation de gaz intestinaux. Lavement savonneux, frictions d'huile de camomille camphrée. Sur le ventre : cataplasme morphiné.

Le 26, nuit agitée. Coliques vives revenant par accès, occupant le ventre entier. Vomissements bilieux répétés. Le lavement n'a rien produit.

Le matin, apyrexie parfaite, pouls à 72° ; intestin distendu par les gaz ; tympanite plus prononcée qu'hier ; coliques très douloureuses ; langue blanchâtre ; pas de soif ; 15 sangsues sur le ventre ; huile de ricin 45 % avec huile de croton ; tiglium, 2 gouttes, à prendre par cueillerées à bouche de demi-heure en demi-heure ; lavements savonneux.

Le 27, pas de selle par le purgatif. Deux lavements savonneux ont amené une selle insignifiante.

Ce matin, la température a encore augmenté. La sonorité s'étend jusque vers le milieu de la poitrine. Vomissements bilieux fréquents ; respiration difficile. Frictions éthérées sur le ventre ; magnésie calcinée ; dix frictions d'huile de croton sur le ventre ; lavement purgatif.

A trois heures de l'après-midi, les médicaments n'ont pas encore agi. Douches d'éther sulfurique sur le ventre ; frictions sèches. Le malade est placé dans une baignoire vide ; douche d'eau froide sur le ventre ; puis introduction, à plusieurs reprises, d'une sonde œsophagienne par l'anus. La sonde pénètre jusqu'à l'S-romaine. Arrivée là, elle se replie sur elle-même ; impossible de pénétrer au-delà.

Un lavement introduit par la sonde ne pénètre pas davantage. Même insuccès avec la sonde enduite de pommade belladonnée. Enfin, un bain tiède de cinq quarts d'heure, trois lavements de tabac restent également sans effets.

Le 28, la tympanite est excessive, le pouls baisse considérablement ; le facies est hippocratique. Potion carminative avec : extrait de gentiane et gouttes d'Hoffmann, de chaque 2 grammes, eau de menthe et infusion d'anis, de chaque 60 grammes ; sirop d'anis 30 grammes.

Le 29, la potion a fait expulser quelques gaz par la bouche. Ce matin, le pouls est filiforme ; les douleurs sont nulles ; sueur froide, agonie.

Le malade a, dans la matinée, quelques vomissements stercoraux et meurt à quatre heures du soir, dix jours après l'invasion des accidents.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Putréfaction très avancée ; écume et liquides s'échappant abondamment par la bouche ; ventre énormément distendu. A l'incision des parois abdominales, il s'échappe une petite quantité de gaz infects. Le diaphragme est profondément refoulé dans la poitrine. Le côlon transverse occupe la place de l'estomac qui est refoulé en arrière contre la colonne vertébrale. Les intestins grêles sont très dilatés par places : ils ont, en quelques endroits, le diamètre d'un bras d'adulte. La dilatation du côlon ascendant et du cœcum est énorme ; ce dernier est plus large qu'un estomac ordinaire ; il est fortement gangrené. Il existe à ce point des traces d'inflammation péritonéale, des adhérences et des dépôts purulents.

Ouverture de l'intestin.

1^o *Etat normal de la muqueuse du rectum, de l'S romaine et côlon descendant.* Vers la moitié du côlon descendant, bourrelet dur, long de sept centimètres environ, qui bouche complètement le calibre de l'intestin.

2^o Le bourrelet occupe l'épaisseur des parois intestinales. Incisé de dehors en dedans, on le trouve formé par un tissu fibreux, élastique, d'un blanc bleuâtre, ayant l'apparence du tissu squirreux. Examiné au microscope, il nous apparaît composé de fibres enche-

vêtrées, contenant dans leurs interstices de nombreuses cellules épithéliales, et d'autres en plus petit nombre présentant tous les caractères de cellules cancéreuses.

3° Au-dessus de ce bourrelet, l'intestin, très distendu dans une étendue de quinze centimètres, est rempli d'une grande quantité de matières stercorales, semi-liquides, d'un jaune doré. Le côlon transverse est flasque, vide, de même que le côlon ascendant, dans sa moitié supérieure et cela sans qu'il existe aucun obstacle apparent au cours des matières et des gaz. Tout le gros intestin est injecté en arborisations abondantes et fortement enflammé.

4° La moitié inférieure du côlon ascendant et le cœcum sont énormément distendus, remplis de matières stercorales et de gaz et gangrénés dans leur totalité. La muqueuse et la tunique musculieuse sont détruites par places. Une de ces ulcérations est énorme, elle a quinze centimètres de long sur huit de largeur; ses bords sont dentelés, taillés à pic. D'autres ulcérations de même nature, mais de moindres dimensions, siègent, tant dans le cœcum que sur la iléo-cœcale, et dans les trois premiers mètres de l'intestin grêle.

5° Les intestins grêles présentent des arborisations abondantes, contiennent par places une grande quantité de gaz et de matières stercorales. De loin en loin, on rencontre quelques ulcérations superficielles d'un rouge vif.

6° L'estomac, très petit, ratatiné, présente quelques marbrures d'un rouge vif.

7° Les glandes mésentériques sont gonflées; leur tissu est normal.

8° La vésicule biliaire, très distendue, contient beaucoup de bile.

Rien à noter dans les autres organes.

Chez le malade qui fait l'objet de cette observation, nous voyons le cancer survenir au milieu d'une santé parfaite; sa présence est révélée par des coliques très pénibles; après onze jours de souffrances, la mort enlève le malade et l'autopsie nous fait voir un cancer volumineux du côlon.

Nous devons insister sur ce début insidieux, sur cette absence de douleurs qui pourraient induire en erreur le praticien. Dès qu'un malade se présente à nous, accusant quelques troubles de la défécation, des douleurs fugaces dans l'abdomen, notre attention doit se porter sur l'état général du sujet, nous devons rechercher avec soin les maladies antérieures qui peuvent favoriser une certaine prédisposition au cancer, demander à l'entourage du malade s'il ne se produit pas une cachexie.

Même, lorsque la tumeur s'est constituée, le patient assiste indifférent à l'évolution de cette dernière, et c'est au médecin de déceler le mal.

Un cancer diagnostiqué d'une façon précoce et traité en conséquence, est d'un pronostic beaucoup moins sombre que lorsque la généralisation enlève au chirurgien l'avantage d'une opération efficace.

En résumé, nous voyons les tumeurs malignes de l'intestin survenir particulièrement de 50 à 60 ans ; les hommes sont atteints plutôt que les femmes. L'hérédité est bien peu prouvée.

CHAPITRE IV

Symptomatologie. — Diagnostic.

I. — SYMPTOMES.

Le cancer de l'intestin est très difficile à diagnostiquer d'une façon sûre : les symptômes varient d'un malade à l'autre et on ne peut établir pour eux aucune règle fixe. Le vulgaire lui-même, qui veut tout savoir, cache son ignorance et ne parle jamais de « quelque chose d'intérieur » sans une sorte de respect sacré. Telle manifestation que nous observons chez un malade, manque totalement chez beaucoup d'autres ; il n'est pas jusqu'à l'état général, presque toujours cachectique dans la plupart des cancers, qui ne soit très diversement impressionné chez les divers cancéreux. Nous appuierons nos dires de l'aveu d'Eichorst (1), le cancer intestinal ne présente que des « signes incertains »

Nous allons envisager d'abord le retentissement sur l'état général pour passer ensuite à l'étude des divers symptômes déterminés par la tumeur.

Etat général. — Les modifications de l'état général varient. Nous observons tantôt une cachexie poussée à

(1) EICHORST. *Traité de path. int. et de thérapeutique.*

ses dernières limites (obs. de Laveran), tantôt une apparence de santé parfaite, et entre ces deux extrêmes nous voyons s'échelonner tous les intermédiaires. Dans la plupart des observations nous notons un amaigrissement considérable et un dégoût prononcé pour les aliments.

Dans l'observation VIII nous voyons rapporté le cas d'un tisserand, alcoolique invétéré, dont la santé s'emblait parfaite, et qui est pris subitement de vomissements et de violentes coliques ; dix jours après, le malade mourait de cancer intestinal. — Les malades soit, soit en parfaite connaissance, soit dans un profond coma : c'est ce dernier habitus que nous avons remarqué le plus fréquemment.

Douleur. — C'est un des premiers symptômes qui apparaissent dans le cours de la maladie. Au début il existe plutôt une sensation douloureuse qu'une véritable douleur : après un repas copieux, le cancéreux fait mal sa digestion ; ses aliments lui « pèsent », il a quelques hoquets et des éructations fréquentes. Puis apparaît une douleur assez bien localisée, gravative, sourde et profonde que la pression exagère. Cette douleur siège au niveau de la tumeur, le plus souvent dans la fosse iliaque gauche. Au bout d'un certain temps, la localisation disparaît et c'est tout l'abdomen qui devient douloureux. En même temps nous observons un autre signe :

Le Ballonnement. — Le néoplasme a rétréci le canal intestinal, produisant une stase de matières stercorales ; ces dernières ne pouvant, dans la plupart des

cas, franchir l'obstacle, déterminent une distension des parois de l'intestin qui se traduit par un *météorisme douloureux*. La percussion donne un son clair ; certaines observations nous montrent un certain degré d'ascite : la séreuse péritonéale réagit contre l'irritation produite par la néoplasie.

Vomissements. — Les vomissements font leur apparition avec les premières douleurs : quelquefois il constituent le symptôme initial. Ils sont d'abord muqueux, survenant assez fréquemment à des intervalles réguliers et peu douloureux. A mesure que le mal progresse, on les voit d'incolores devenir verdâtres, bilieux, impressionnant péniblement les malades par leur saveur. Dans la dernière période, enfin, apparaissent des vomissements fécaloïdes, d'une odeur horrible, parfois presque continuels. Quelquefois les vomissements disparaissent avant la mort ; ils sont alors remplacés par un hoquet fréquent et douloureux.

Selles irrégulières. — Dans tous les cas, on observe ce symptôme. D'abord des alternatives de constipation et de diarrhée attirent l'attention du malade : celui-ci éprouve parfois le besoin d'aller à la selle ; après quelques tentatives infructueuses, il émet quelques gaz. Bientôt la constipation devient opiniâtre et nous voyons des malades rester des semaines et des mois entiers sans avoir la moindre garde-robe. La constipation (obs. VII) est le phénomène dominant qui accompagne la sténose intestinale due au cancer.

Certains malades perçoivent de nombreux *borboryg-*

mes, et dans une observation nous avons noté des coliques très douloureuses.

Si nous faisons suivre l'étude des symptômes subjectifs de l'énumération des signes objectifs, nous n'avons guère qu'un indice qui puisse nous faire songer au cancer : la présence de la tumeur.

A l'*inspection*, nous pouvons noter l'aspect bleuâtre des veines sous-cutanées abdominales (1); aucune de nos observations ne mentionne une saillie formée par la tumeur.

A la *palpation*, on peut sentir dans certains cas une tumeur. En parcourant l'observation de M. Laveran (2) sur une tumeur épithéliale sous-muqueuse du gros intestin, nous trouvons notée : « une tumeur dure, bosselée dont le volume peut être comparé à celui d'une pomme de moyenne grosseur. Cette tumeur adhère aux parties profondes, non à la paroi antérieure de l'abdomen qui n'est *ni rouge ni enflammée à ce niveau* ».

La tumeur est ronde ou ovoïde, dure, elle roule entre les doigts et ne se laisse pas déprimer.

A la *percussion* nous trouvons une zone de matité correspondant à la tumeur; tout autour, la sonorité de l'intestin est exagérée.

Nous n'avons pas la ressource, dans le cancer sous-muqueux, de lire le diagnostic dans les fèces du malade, comme le fait est relaté quelquefois dans les observations de cancer de l'intestin, témoin une obser-

(1) *Bull. Soc. Anat.* Paris 1879, p. 62

(2) LAVERAN, *Progrès Médical*, 1875.

vation de Déjerine (1), qui cite un cas d'épithélioma cylindrique du gros intestin dans lequel le malade rendit par l'anús une tumeur du volume d'un petit œuf de poule; reconnue à l'examen microscopique.

Les ganglions ne sont pas toujours envahis par le processus cancéreux; lorsqu'ils le sont, leur recherche devient un signe très précieux. — L'hypertrophie des ganglions provoque quelquefois un œdème des membres inférieurs par suite de la compression des voies de retour du sang.

Nous notons des irradiations douloureuses le long des branches du plexus crural, exagérées pendant la marche (2).

Nous reproduisons ici une observation destinée à mettre en lumière le manque de signe pathognomonique du cancer intestinal.

OBSERVATION IX

Etranglement interne par un épithélioma cylindrique du gros intestin; noyaux secondaires dans le foie, par J. DÉJERINE, interne des Hôpitaux. *Bull. Soc. Anat.*, 1878, p. 288.

La nommée Martin (Marguerite), âgée de 57 ans, polisseuse en bijoux, est entrée le 13 mai 1878, salle Sainte-Madeleine, lit n° 2.

Ses parents sont morts, mais rien de particulier à noter à leur égard; ses frères et ses sœurs se portent bien. Elle a eu une fluxion de poitrine dans sa jeunesse; elle a toujours eu un bon appétit; les selles et la miction étaient faciles; toujours bien réglée. Elle a perdu deux enfants. Pas d'antécédents syphilitiques ni cancéreux.

(1) DÉJERINE. *Bull. Soc. Anat.*, 1883.

(2) *Progrès médical*, 1875. Obs. de Laveran.

Depuis le mois de janvier, cette malade a eu de la difficulté dans les selles, elle avait des alternatives de constipation et de diarrhée ; et depuis trois semaines, les selles ont été complètement *suspendues*. Depuis cette époque, il n'est sorti par l'anus aucun gaz. Son ventre est *douloureux* depuis un mois. La pression réveillait surtout la douleur au côté gauche. La douleur était sourde et profonde.

Il y a un mois, le ventre a commencé à gonfler, le ballonnement se faisait peu à peu ; la malade dit qu'elle sentait dans son ventre des *roulements perpétuels*, souvent des renvois de gaz par la bouche.

Les vomissements ont apparu il y a trois semaines ; d'abord alimentaires, puis sont venus les vomissements bilieux qui ne se sont pas arrêtés ; ils avaient lieu trois ou quatre fois par jour. Ils soulageaient la malade, qui, dit-elle, ne demandait qu'à vomir. La malade a eu, la semaine dernière, des vomissements fécaloïdes comme de la bouillie, noirâtre, verdâtre, d'une odeur horrible et d'une saveur caractéristique. Ils ont commencé et duré la nuit. Elle a vomi trois ou quatre fois. Le lendemain, ont reparu les vomissements biliaires. Elle n'a jamais eu de fièvre.

Etat actuel. — Le rectum est complètement libre, au moins jusqu'au point où l'on peut arriver par le toucher rectal.

13 mai 1878. — La douleur a diminué d'intensité. La constipation est complète. Rien du côté de l'utérus. Le météorisme a un peu diminué depuis son entrée. Le ventre est plus mou ; la malade peut en saisir la peau entre ses doigts, ce qu'elle ne pouvait faire le 12 mai. Purgatif avec deux gouttes d'huile de croton. Aucun résultat.

14 mai. — L'état était le même ; elle a vomi deux fois de la bile avec des mucosités ; l'odeur n'est pas fécaloïde. Pas de fièvre. En percutant le ventre, on trouve partout de la sonorité, excepté au niveau du cœcum et du côlon ascendant qui présentent de la matité.

Traitement. — Toutes les 3 heures, un paquet : calomel 0,10 centigrammes ; extr. belladone, 0,01 ; trois fois par jour des lavements avec du lait et un quart d'eau de Vichy. Glace. La nuit a été

assez bonne ; la malade a assez bien dormi ; elle a pu reposer sur le dos, ce qu'avant elle n'e pouvait faire.

15 mai. — Pas de vomissements, pas de fièvre. Constipation complète ; pas d'élévation de la température. Les borborygmes sont nombreux, mais moins qu'auparavant. La langue est rouge sur les côtés, blanchâtre au milieu ; elle est sèche. La soif est vive. Dans l'après-midi la malade a rejeté par l'anus deux ou trois gaz qui l'ont soulagée. Elle n'a pas eu de fièvre le soir. La nuit n'a pas eu presque de sommeil.

16 mai. — Même état ; le pouls est un peu plus rapide, le facies abattu, la langue est moins sèche. Même traitement ; pas de vomissements. La malade n'a pas du tout dormi ; elle a eu de fortes douleurs abdominales, remontant vers l'estomac. On lui a injecté deux siphons d'eau de seltz qui n'ont abouti à rien.

17 mai. — Le ventre est un peu plus tendu ; de nombreux borborygmes la fatiguent ; la malade est plus prostée qu'hier, elle a un peu de hoquet sans pulsations. La peau est un peu chaude, elle a rendu des gaz par l'anus, mais pas de matières fécales. Elle a vomi deux fois ; à midi elle a eu un fort frisson.

18 mai. — Le ventre est toujours ballonné. 3 gr. d'extr. de belladone et 30 gr. d'axonge. Pas de gaz par l'anus. Même état général. Elle a vomi presque toute la journée. Pas de frissons, pas de fièvre.

19 mai. — Le ventre est plus douloureux ; quelques gaz par l'anus, borborygmes ; ballonnement plus marqué. Constipation complète. La figure est dans le même état ; quand la malade urine, le ventre est douloureux. Les couvertures la fatiguent. Pas de fièvre, pas de frissons. Même traitement.

20 mai. — Elle a vomi toute la journée. Mort.

AUTOPSIE FAITE LE 22 MAI. — L'intestin grêle est très dilaté, ainsi que les côlons dont le volume est quadruplé ; à la surface de l'intestin grêle, on trouve quelques exsudats séro-purulents de péritonite récente.

A la partie terminale de l'S iliaque, un peu avant d'arriver au rectum, on constate l'existence d'un rétrécissement du canal intes-

tinal ; à ce niveau, le gros intestin présente un épaississement de ses parois sur une hauteur de trois centimètres environ. Cet épaississement a une forme assez régulièrement annulaire et a une consistance très dure. En incisant la paroi intestinale, on arrive sur la face interne de la tumeur et l'on constate qu'à ce niveau le calibre du canal admet à peine l'extrémité d'une sonde cannelée, la muqueuse du gros intestin est intacte et recouvre la tumeur, sauf en un point où elle est recouverte de bourgeons charnus.

Le foie présente plusieurs tumeurs dont une occupe à elle seule presque tout le lobe gauche du foie (1) ; ces tumeurs sont arrondies, se délimitent assez facilement du tissu hépatique environnant sans en être cependant séparées par une enveloppe de tissu conjonctif. Leur coloration est d'un blanc uniforme, leur consistance molle, se désagrégeant facilement sous le doigt sans présenter toutefois les caractères de la régression caséuse, elles ne donnent pas de suc au râclage.

L'examen des autres viscères ne nous a pas montré d'altérations appréciables, à part un certain degré d'athérome artériel ; les poumons en particulier ne présentaient aucun néoplasme.

Examen microscopique. — L'examen microscopique, pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian, nous a donné les résultats suivants :

Tumeur de l'intestin. — Cette tumeur, qui occupait sous la forme d'un anneau la partie terminale de l'S iliaque, dans une étendue de trois centimètres, a été examinée par le râclage à l'état frais. Ce mode d'examen a fait constater la présence d'une grande quantité de cellules d'épithélium cylindrique, quelques unes munies de deux noyaux se colorant très facilement par le picro-carmin.

Après durcissement dans l'alcool, on a pratiqué une série de coupes perpendiculaires à la longueur de la tumeur ; ces coupes, colorées au picro-carmin et examinées dans la glycérine, nous ont présenté les altérations suivantes : à un faible grossissement on voit, tout d'abord, et sur toutes les préparations, que la lésion est *d'emblée sous-muqueuse* et qu'elle reste telle partout ; les glandes de

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

l'intestin avec leur épithélium caliciforme sont remarquables de netteté; dans le tissu musculaire se trouve l'altération, la couche musculaire est criblée de cavités, les unes arrondies, les autres plus ou moins allongées, suivant le sens de la coupe; ces cavités présentent un bord limitant, fortement coloré en rose, et qu'à un plus fort grossissement on reconnaît comme formé par une couche régulière d'épithéliums cylindriques. Tantôt la cavité qui circonscrit cet épithélium est plutôt virtuelle, en ce sens que ses bords sont en contact; tantôt, au contraire, il y a de véritables petits kystes, les uns vides, les autres contenant des amas d'épithélium cylindrique normal ou en régression graisseuse. A ces différents caractères, il est facile de reconnaître que l'on a affaire à un épithélioma cylindrique du gros intestin.

Tumeurs du foie. — Par le râclage à l'état frais, on obtient une quantité considérable de cellules cylindriques ayant les mêmes caractères que celles de la tumeur primitive. Sur des coupes, après durcissement dans l'alcool, chaque tumeur paraît constituée par une multitude de cavités tubulées, tapissées par un épithélium cylindrique implanté perpendiculairement à la paroi; et ces tumeurs présentent la même texture que celles de l'intestin. Ce sont des épithéliomes cylindriques du foie, absolument semblables à la tumeur primitive. Les autres viscères, et les poumons en particulier, n'ont pas présenté de lésions.

Nous avons cru pouvoir présenter cette observation dans le chapitre des symptômes pour faire ressortir le peu de signes que fournit l'examen. Rien au toucher rectal, ni à la palpation de l'abdomen; en somme on ne peut percevoir aucune tumeur.

Le symptôme initial a consisté en une irrégularité des selles, alternatives de constipation et de diarrhée, puis constipation opiniâtre qui a duré quatre semaines et qui permettait à peine à la malade d'expulser quelques gaz : en somme, obstruction complète. Nous relevons aussi une douleur sourde et profonde siégeant

surtout à gauche. Les vomissements ont été ceux de l'obstruction intestinale : fécaloïdes en dernier lieu et très pénibles pour la malade.

Dans les trois observations de M. le Professeur Poncet il s'agissait d'hommes dans la force de l'âge (le plus jeune avait 35 ans), chez lesquels la lésion se révéla tout d'abord par une tuméfaction plus ou moins volumineuse, occupant la fosse iliaque gauche et pouvant, au début, donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Nous allons essayer dans, le paragraphe suivant, de discerner le néoplasme

II — DIAGNOSTIC

Les symptômes que nous venons d'énumérer sont ceux que l'on observe dans plusieurs affections du tube intestinal. C'est surtout à un diagnostic par exclusion que l'on devra arriver.

La présence de la tumeur facilite beaucoup la tâche; néanmoins, comme le montre l'observation suivante, on peut encore commettre des erreurs tout en ayant une tumeur parfaitement appréciable.

OBSERVATION X

Tumeur épithéliale sous muqueuse du gros intestin, siégeant au niveau de l'S iliaque; phlegmon de la fosse iliaque et psoïtis consécutifs. — Mort. — Autopsie (Laveran. *Progrès Médical*, 1875).

H..., soldat à la garde républicaine, âgé de 25 ans, entré au Val-de-Grâce le 21 novembre 1874 (salle 26, lit 6). Ce malade a déjà fait un séjour à l'hôpital, il y a trois mois environ, pour syphilis ;

disons tout de suite que nous ne trouvons plus de traces d'accidents spécifiques et que l'on ne peut savoir si véritablement les accidents vénériens doivent être rapportés à la syphilis proprement dite.

H... se plaint d'anorexie, de faiblesse générale; il est anémique, considérablement amaigri; les pommettes sont saillantes : en un mot, le malade a l'habitus extérieur d'un phthisique; nous constatons avec étonnement que les poumons respirent bien; l'auscultation ne révèle que quelques râles sibilants, en arrière. En palpant l'abdomen, on découvre, dans la fosse iliaque gauche, juste au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur dure, bosselée, dont le volume peut être comparé à celui d'une pomme de moyenne grosseur. Cette tumeur adhère aux parties profondes, non à la paroi antérieure de l'abdomen qui n'est ni rouge, ni enflammée à ce niveau; la pression n'est pas douloureuse à l'endroit même où siège la tumeur, mais il existe un point douloureux entre les épines iliaques antérieures; pas de battements ni de souffles à l'auscultation.

Le malade, préoccupé de son état général, n'avait pas appelé notre attention sur cette tumeur; cependant, après, il nous dit que depuis deux mois il s'était aperçu qu'il y avait quelque chose de dur au pli de l'aîne à gauche. La tumeur, indolente par elle-même, donne lieu à des irradiations douloureuse le long des branches du plexus crural, principalement pendant la marche. La circulation n'est pas gênée dans le membre inférieur gauche, la cuisse s'étend librement, il n'y a pas de rétraction, les ganglions inguinaux ne sont ni hypertrophiés, ni douloureux, les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement; il n'y a pas de rétention de matières. Les testicules sont dans les bourses; rien à noter du côté du squelette du bassin, ni de la colonne vertébrale.

Les purgatifs procurent facilement des selles liquides sans faire disparaître la tumeur, ce qui fait éliminer l'idée de tumeur stercorale.

Le thermomètre, appliqué matin et soir dans l'aisselle, montre qu'il existe une fièvre hectique : le soir 39 à 40° avec rémissions matinales allant jusqu'à la normale. Persistance de l'anorexie mal-

gré le quassia, le quinquina, la rhubarbe. — Le malade maigrit de plus en plus et accuse des sueurs nocturnes. On porte le diagnostic de tumeur scrofuleuse ou de tuberculose des ganglions iliaques. Traitement reconstituant : huile de foies de morues, vin de quinquina. Badigeonnages iodés au niveau de la tumeur.

Dans le courant du mois de décembre, une aggravation notable se produit dans l'état du malade. La tumeur indolore devient le siège de vives souffrances qui ôtaient tous repos au malade. Les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin se contractent et le membre inférieur gauche prend la position qu'il a dans la psoriasis ; la fièvre hectique persiste. Du 10 au 15 décembre, les températures du soir sont 39°8 — 40°2 — 39°8 — 40° — 39°4 ; à partir du 15, la fièvre diminue ; les températures du matin sont normales ; malgré l'étendue des oscillations thermiques, le malade n'accuse jamais de frissons violents (cataplasmes laudanisés ; opiacés à l'intérieur ; le 16 décembre un vésicatoire *loco-dolenti* ; pansement à la morphine).

Dans les derniers jours du mois de décembre, un abcès tend à se faire jour au dehors, au-dessus du ligament de Fallope. La peau est rouge, douloureuse à la pression, légèrement œdématiée, la fluctuation devient manifeste. Une première application de pâte de Vienne est faite sur la partie la plus saillante de la tumeur, mais, deux jours après, le malade est tellement affaibli qu'on renonce à toute intervention chirurgicale. Le malade succombe le 30 décembre.

AUTOPSIE, le 1^{er} janvier 1875. — Le cadavre est fortement émacié. Après avoir ouvert l'abdomen, je cherche à isoler la tumeur, mais inutilement, et je prends le parti de l'enlever avec le gros intestin, auquel elle adhère fortement ; pendant cette opération j'ouvre une large collection purulente qui se trouve au-dessous de la tumeur et qui occupe toute la fosse iliaque gauche. L'aponévrose iliaque a disparu en partie et le muscle iliaque n'est plus représenté que par des lambeaux noirâtres, imbibés de pus, au milieu desquels on remarque le nerf crural qui a conservé sa coloration blanchâtre ; en avant, l'abcès iliaque s'est frayé une route jusque sous la peau de l'abdomen par un trajet situé en dehors du muscle grand droit du côté gauche.

Le gros intestin fait le tour presque complet de la tumeur. Il s'aplatit sur elle comme ferait un large ruban de caoutchouc ; pas de distension notable de l'intestin au-dessus de la tumeur, pas d'accumulation de matières fécales.

Le gros intestin est alors ouvert dans toute sa longueur, opération qui peut se faire sans intéresser la tumeur qui est développée *dans la paroi du gros intestin*, mais d'un côté seulement, et ne rétrécit pas le calibre de l'intestin. Elle ne fait pas saillie sous forme de polype. La muqueuse est un peu plissée, mais *non ulcérée*.

La tumeur est inégale, bosselée, assez consistante et mesure de huit à dix centimètres dans tous ses diamètres. Sur des coupes, marbrures blanchâtres et grisâtres qui rappellent complètement l'aspect du carcinome encéphaloïde. Ce dernier diagnostic ne paraît pas douteux. Rien à noter dans tous les autres organes.

Examen histologique. — Des coupes pratiquées dans différents points de la tumeur permettent facilement de constater qu'il ne s'agit pas d'un carcinome, ainsi que l'examen macroscopique l'avait fait supposer, mais d'une *tumeur épithéliale* dont on distingue les éléments suivants :

1^o Un stroma fibreux, épais sur certains points, très délicat sur d'autres, circonscrit des mailles très inégales de forme et de dimensions, les unes allongées, grandes, à bords irréguliers, les autres petites, arrondies ;

2^o La paroi de ces lacunes ou de ces kystes est tapissée par un épithélium cylindrique, continu, parfaitement conservé : les cellules sont cylindriques, munies d'un plateau et d'un gros noyau ; quelques-unes sont creusées de vacuoles. Dans les lacunes les plus petites, l'épithélium paraît plus jeune que dans les grandes ; il est mieux conservé et on distingue des cils vibratiles ;

3^o Dans l'intérieur des lacunes, on trouve des masses irrégulières, en partie amorphes, en partie constituées par des cellules granuleuses arrondies ou ramifiées ; ces masses se colorent en jaune par le micro-carminate, tandis que l'épithélium et le tissu conjonctif prennent une coloration rose plus ou moins foncée.

Sur une même coupe on peut suivre, pour ainsi dire pas à pas, la transformation de ces cavités kystiques ; ici, le kyste est à l'état nais-

sant ; une couche très régulière d'épithélium à cils vibratiles entoure un petit orifice nettement arrondi ; là, le kyste s'est élargi ; une matière muqueuse s'est accumulée au centre et a déterminé, par compression, l'affaissement de la couche épithéliale qui ne présente plus la même régularité que dans les kystes de petit volume ; là, enfin, plusieurs cavités se sont réunies par rupture des parois communes et les bords du kyste présentent une série d'enfoncements, de dentelures tapissées d'épithélium. La tumeur est très peu vascularisée.

L'examen du nerf crural montre qu'il est le siège d'une inflammation très caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel et un état variqueux très prononcé des tubes nerveux.

Un malade se présente à nous accusant les différents symptômes que nous avons énuméré plus haut ; nous pouvons songer.

1° *A une occlusion intestinale.* — Dans cette maladie nous trouvons un début brusque et violent ; le malade a la sensation d'une fin prochaine ; il est extrêmement abattu et ressent une douleur extraordinairement intense. Le plus souvent il n'a pas eu tous les symptômes avant-coureurs du rétrécissement cancéreux. Ce début tragique se retrouve dans l'intussusception, la péritonite, les perforations intestinales, l'appendicite.

2° Quand nous verrons un malade, jeune de préférence, se cachectiser, que l'examen nous montrera une tumeur intra-abdominale, nous ne devons jamais négliger de pratiquer une auscultation attentive. Le poumon nous permettra de diagnostiquer une *affection tuberculeuse*. De plus, les tumeurs bacillaires sont le

plus souvent indolentes et leur présence détermine surtout des troubles de voisinage. Les tumeurs et les corps étrangers de l'utérus, donnent naissance à des coliques ; le siège de ces derniers sur la ligne médiane, les troubles de la menstruation pourront nous éclairer.

3° Chez un malade bien portant, on voit survenir tout à coup des vomissements et des coliques : le début est très brusque et s'accompagne de syncope, de cyanose. Si nous nous trouvons en été, nous pouvons songer alors au *choléra*. Nous avons des fèces particulières, d'une fétidité repoussante, l'absence d'une épidémie concordant avec l'apparition de ces symptômes, l'examen bactériologique de l'algidite fixeront notre diagnostic. Nous pouvons nous baser aussi sur l'absence de constipation opiniâtre, le choléra se traduisant au contraire par une diarrhée prémonitoire.

4° On écartera aussi la *tuberculose intestinale* qui survient particulièrement chez les jeunes sujets. L'amaigrissement est considérable. Nous trouvons aussi dans cette affection une température caractéristique : le matin apyrexie plus ou moins complète le soir ascension considérable ; cette fièvre hectique est particulière aux affections tuberculeuses ; néanmoins, M. Laveran l'a observée quelquefois, mais rarement il est vrai, dans le cancer de l'intestin

5° Chez un sujet habituellement constipé, nous pourrions être appelé à faire le diagnostic avec le néoplasme sous-muqueux. Ces malades, dont les tuniques

intestinales ont toujours un certain degré de parésie, restent plusieurs jours sans aller à la selle. On les examine, et on trouve, à la palpation, dans la fosse iliaque gauche, le plus souvent, une tumeur dure, qui roule sous le doigt. Quelques lavements huileux ont vite raison de cette *accumulation de matières stercorales*. Parfois, au toucher rectal, on perçoit des scybales.

6^e Quelquefois on peut croire à des *déplacements d'organes*. C'est ainsi que chez un malade examiné par le Professeur Poncet, on put croire, et pendant quelque temps, à un déplacement du rein gauche. Cette erreur était d'autant plus admissible que pendant une période, en raison même du siège de la tumeur qui est, en quelque sorte, extrinsèque à l'intestin, les troubles intestinaux font défaut, et, dans tous les cas, ne sauraient avoir, à cette époque, une véritable valeur diagnostique.

Par exclusion, et en tenant compte aussi d'une modification plus ou moins grande dans l'état général, le diagnostic d'une néoplasie maligne intra-abdominale s'impose.

Plus tard, dans une dernière période, il se confirme d'autant mieux que les sujets présentent des signes de rétrécissement de l'intestin avec ses symptômes habituels.

Quand nous arrivons ainsi, par élimination, à poser le diagnostic de néoplasme de l'intestin, il s'agit alors de déterminer le siège de la tumeur et la variété de cancer à laquelle nous avons affaire.

Nous devons différencier le cancer intestinal habituel et le cancer interstitiel.

A la période d'ulcération ce diagnostic est facile. L'absence de melæna dans le second cas, nous permet de savoir que la tumeur n'est pas ulcérée. Si la tumeur siège au rectum et qu'elle soit accessible au toucher, nous sentirons des débris flottant dans l'intestin; le doigt ramènera une sanie purulente et des particules cancéreuses.

Mais à la période de début, le diagnostic est plus épineux.

Nous avons vu, au chapitre de l'Anatomie pathologique, que les tumeurs sous-muqueuses sont, en général, plus volumineuses que celles de la tunique muqueuse. Insistons encore ici sur l'indifférence du malade pour sa tumeur, car le rétrécissement s'établit doucement; de plus, le spasme réflexe de l'intestin, déterminé par l'irritation, n'existe pas quand le néoplasme siège dans les parois.

Ainsi : rétrécissement plus lent, début plus insidieux.

La tumeur sous-muqueuse évoluant sans manifestations bruyantes pendant une longue période, nous voyons d'ordinaire la généralisation se faire avant que le rétrécissement ait entraîné soit une obstruction aiguë, soit une perforation intestinale, et consécutivement la mort du malade. Dans le cancer de l'intestin, il arrive souvent que le rétrécissement termine la scène sans que la généralisation se soit produite.

Donc, lorsque nous aurons à examiner un sujet qui a remarqué des troubles dans ses selles, des alternatives de constipation et de diarrhée, si nous trouvons

une tumeur assez volumineuse produisant peu de gêne et presque pas de douleur, nous devons demander au malade s'il fait du sang dans ses matières. Sur sa réponse négative, un certain degré de cachexie aidant, nous pourrions songer au cancer sous-muqueux.

CHAPITRE V

Complications.

Il faut diviser les complications en deux groupes :

- A) Celles dues au retentissement de la tumeur sur l'intestin ;
- B) Celles dues à l'influence de la tumeur sur les organes du voisinage.
 - α Par compression ;
 - β Par perforation ;
 - γ Par généralisation.

A). — *L'obstruction intestinale* est la complication habituelle du cancer sous-muqueux. Pas toujours absolue, elle détermine néanmoins une sténose remarquable du tube digestif ; souvent, c'est le premier phénomène qui attire l'attention du malade.

Cette obstruction est moins marquée que celle qu'on observe dans le cancer de la muqueuse. Nous pouvons comparer ces phénomènes à ceux qui se passent dans le cancer de l'estomac, suivant que la tumeur siège sur les parois ou au pylore. Le cancer de la face antérieure de l'estomac détermine très peu de troubles du

côté de la circulation alimentaire, il se généralise presque toujours avant d'avoir entraîné une gêne fonctionnelle notable. Le cancer du pylore, ou du cardia, au contraire, révèle tout de suite sa présence par l'obstacle qu'il oppose au passage des matières.

L'obstruction sera donc plus rapide dans les cancers de l'intestin grêle; elle sera même alors le phénomène dominant.

Une cachexie marquée, précédant une occlusion intestinale, devra nous faire rattacher cette dernière à une production néoplasique.

OBSERVATION XI (Résumée).

Cancer primitif du duodénum; Cancer secondaire de la tête du pancréas. Sténose duodénale. Mort par obstruction intestinale, par M. BOUILLET, interne des Hôpitaux, *in Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1876, p. 712.

H. Ch., âgé de 65 ans, est entré, le 14 août 1896, salle Chauffard, n° 29, à l'Hôpital Necker.

Ne fournit aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Rien à noter dans ses antécédents personnels remontant à quelques années.

Au mois de juin dernier, diminution de l'appétit sans dégoût pour la viande, amaigrissement léger, diminution graduelle des forces.

Quelques troubles digestifs, digestions difficiles; quelques vomissements alimentaires non colorés surviennent à la fin de juillet.

Il entre à l'hôpital Necker parce qu'il est trop faible pour travailler et qu'il vomit après chaque repas, depuis douze jours environ. L'examen des organes, est négatif : embonpoint relatif, malgré l'amaigrissement signalé.

Teinte jaunâtre des téguments, sans ictère.

Urines de densité normale — un litre par jour — ne renferment ni sucre, ni albumine. Apyrexie.

On continue le régime lacté auquel le malade s'est lui-même soumis depuis le commencement d'août. Vomissements de couleur jaune verdâtre surviennent après l'ingestion d'une certaine quantité de lait. Pas d'hématémèses, ni de méléna ; selles dures, non grasseuses, colorées normalement. La palpation ne révèle aucune tuméfaction dans l'abdomen ; elle est indolore. Dilatation manifeste de l'estomac et de la région abdominale sus ombilicale.

Pas de ganglions sus-claviculaires.

On fait le diagnostic de cancer latent de l'estomac malgré que l'examen du suc gastrique n'ait fourni aucun renseignement qui pût confirmer cette hypothèse.

L'état de faiblesse augmente chaque jour ; les vomissements sont de plus en plus fréquents et le malade, à demi comateux depuis quelques jours, n'allant plus à la garde-robe, meurt le 23 août.

AUTOPSIE. — Tumeur de la tête du pancréas, du volume d'un gros œuf de pigeon, comprimant la deuxième portion du duodénum sur une hauteur de 4 centimètres. Rétraction semi-annulaire de la paroi de l'intestin. Le rétrécissement ainsi constitué s'oppose au passage de l'eau.

Au-dessus le duodénum est dilaté en ampoule jusqu'au pylore qui est lui-même distendu. La cavité stomacale très agrandie communique très librement avec l'ampoule duodénale. La dilatation ampulnaire mesure 12 centimètres de hauteur ; son diamètre transversal maximum atteint 7 centimètres environ.

Au-dessous, l'intestin ne présente pas une diminution notable de son calibre.

En ouvrant le duodénum, on constate que la tumeur fait corps avec la paroi de l'intestin ; la muqueuse n'est pas ulcérée, sa couleur est normale. L'ampoule de Vater, située immédiatement au-dessus de la tumeur et du rétrécissement, est libre de toute compression.

La tête du pancréas n'est pas envahie en entier, de sorte que le canal de Wirsung, non déformé, reste perméable ainsi que le canal

cholédoque qui s'engage d'ailleurs dans une simple gouttière du pancréas avant de s'aboucher dans l'ampoule de Vater. Pancréas sain. Foie normal. Vésicule biliaire non distendue.

Rien à noter aux autres organes.

L'examen histologique a montré sur une coupe un tissu fibro-conjonctif creusé de loges, la plupart très étroites, au milieu desquelles on trouve des éléments fortement colorés par le carmin et qui sont des éléments cancéreux.

La trame conjonctive est surtout formée par des fibres ; les cellules sont en petit nombre ; ça et là, on rencontre des îlots de tissu élastique qui paraissent correspondre à d'anciens vaisseaux oblitérés. Sur les vaisseaux dont la lumière est encore perméable, la tunique élastique est d'ailleurs très épaissie.

Dans cette observation, l'obstruction intestinale a causé la mort du malade ; un obstacle siégeait sur la tête du pancréas. Les troubles de cette glande ont été nuls.

Quelquefois, ce n'est pas à une simple occlusion que nous avons affaire, mais à une invagination de l'intestin. Nous avons, vu (obs. I) des tumeurs polypeuses déterminer cette invagination.

Dans l'observation II, il s'est produit une coudure brusque du côlon descendant et plusieurs rétrécissements dus à d'anciennes brides péritonéales. Ces accidents sont très graves, car si l'on n'intervient pas tout de suite, il se produit des phénomènes d'étranglement, et le « chirurgien ne doit pas sortir » avant d'avoir essayé de faire disparaître cette coudure.

Une autre complication très redoutable est la rupture des parois de l'intestin au-dessus du rétrécissement.

Cet accident est facilité par les altérations des tuniques et leur distension excessive. Nous ne l'avons vu noté dans aucune de nos observations.

B. — 1° Complications dues à l'influence de la tumeur sur les organes voisins.

a). *Troubles déterminés à distance par la compression.* — Nous n'avons rien remarqué de particulier à ce sujet, si ce n'est un léger degré d'ascite (1) avec œdème des membres inférieurs.

Troubles de voisinage. — Un cancer occupant le duodénum ne déterminait aucune compression du canal de Wirsung.

Perforation. — C'est un accident assez fréquent du cancer sous-muqueux, nous le notons deux fois sur sept dans nos observations (obs. VIII et IX). Dans ce cas il se produit une infection péritonéale généralisée et le malade meurt avec tous les symptômes de la péritonite.

Généralisation. — a). Le retentissement sur les ganglions est noté dans l'observation VII; la dégénérescence cancéreuse est même plus accusée dans ces derniers qu'au niveau de la tumeur. — Peu de ganglions (obs. II) sont envahis par les cellules cancéreuses. Parfois, les glandes mésentériques sont simplement hypertrophiées, mais non dégénérées (obs. VIII).

b). La généralisation proprement dite s'observe plus fréquemment que dans le cancer de la muqueuse, et

(1) *Bull. Soc. Anat.* Paris, 1879, p. 62.

ceci parce que la tumeur poursuit son évolution sans gêner beaucoup les fonctions physiologiques.

Dans l'observation VII, nous voyons un sarcome de la sous-muqueuse donner naissance à des productions secondaires dans la muqueuse.

Nous voyons aussi (1) un cancer du gros intestin se généraliser à toute l'étendue du tube digestif jusqu'à l'estomac.

La généralisation aux autres organes est notée deux fois sur six : une fois dans le foie (obs. IX), dans un autre cas la généralisation a gagné le pancréas (obs. XI).

(1) *Bull. Soc. Anat.* Paris, 1869, p. 62.

CHAPITRE VI

Marche. — Durée. — Terminaison.

L'**évolution** du cancer sous-muqueux va toujours croissant, sans rémissions. Il nous faut distinguer deux phases successives dans la marche de la maladie.

a). *Période de début*, que *Grisolle* appelle période de latence. Elle représente tout l'intervalle compris entre l'apparition du néoplasme et l'éclosion des accidents déterminés par lui. — Pendant ce stade, toujours plus long que le second, les troubles fonctionnels sont à peu près nuls; le malade ne ressent qu'une certaine pesanteur après le repas; ses digestions sont plus paresseuses qu'à l'ordinaire.

b). *Période d'état*. Les phénomènes douloureux, les vomissements apparaissent et il est rare que cette période soit bien longue; dans le cancer interstitiel, elle est manifestement rapide.

Quelquefois même, et l'observation VIII nous en donne une preuve manifeste, on remarque une marche excessivement rapide; les deux périodes sont fusionnées et la mort survient très vite.

La **durée** est variable; le cancer le plus lent que nous ayons trouvé s'est terminé par la mort au bout

de deux ans et demi. Les jeunes résistent beaucoup moins que les vieux ; les proliférations néoplasiques sont en effet plus intenses à un âge où les cellules sont en pleine voie d'activité. D'après notre statistique, les cancers des jeunes auraient évolué, le premier (obs. VIII) (1) en dix jours après l'apparition des accidents, le second en deux mois ; les vieux auraient vécu porteurs de leur néoplasme, l'un deux ans et demi (obs. II), un autre trois mois. Les malades de M. le Professeur Poncet sont morts dans l'espace de 15 à 22 mois de cachexie progressive.

Nos observations ne sont pas assez précises au point de vue de la durée, pour pouvoir établir une moyenne, mais nous pouvons dire que, chez les vieux du moins, l'évolution est assez longue. Nous devons attribuer sans doute cette marche lente à la moindre vitalité, chez le vieillard, des cellules, tant normales que néoplasiques.

La **terminaison** est la mort ; dans toutes nos observations, nous la trouvons notée. Le malade meurt soit cachectisé, soit emporté, et, c'est un mode aussi fréquent, par les complications.

Sur dix observations, où la cause de la mort est notée, nous trouvons :

Cachexie, 4.

Obstruction ou étranglement, 5.

Perforation, 1.

(1) Le malade était dans une santé parfaite lorsque les premiers troubles fonctionnels ont fait leur apparition ; il est probable que la tumeur évoluait déjà depuis un certain temps.

Le pronostic est donc fatal ; nous allons voir, dans le chapitre suivant, si un traitement bien ordonné ne pourrait pas faire espérer, sinon une guérison, du moins une certaine survie.

CHAPITRE VII

Traitement.

Des tentatives d'intervention ont été pratiquées chez quatre malades (obs. III, IV, V et VI).

M. le professeur Poncet a pratiqué deux fois une incision lombaire ; plus tard, une perforation spontanée se produisit à ce niveau.

Dans l'observation III, un anus iliaque en deux temps a été fait : la mort a été le résultat de cette intervention. Le troisième malade de M. Poncet supporte très bien une large incision au niveau de la paroi lombo-iliaque ; un soulagement marqué survint après l'opération ; les accidents de subite occlusion, qui se produisaient de temps à autre, disparurent pendant plusieurs mois (Observation VI).

Ceci dit, examinons les moyens de traitement dont nous disposons.

Nous pouvons nous adresser :

- 1° Au traitement médical ;
- 2° Au traitement chirurgical.

I. — Traitement médical.

Il comporte deux indications : soulager les malades qui souffrent, et favoriser les selles. On peut prescrire la morphine à doses élevées ; nous voyons Finlayson donner près d'un gramme sans que son malade soit incommodé (1). Les lavements et les purgatifs légers permettront les évacuations alvines, mais on devra modifier l'emploi de moyens qui peuvent donner un coup de fouet au néoplasme, si on n'en surveille pas l'application.

Enfin, on donnera au malade une nourriture substantielle qui lui permettra de résister le plus possible à la cachexie, mais on devra choisir des aliments qui laissent peu de résidus après digestion.

II. — Traitement chirurgical.

L'intervention sanglante est curative ou palliative.

a) Curative. — Si l'on est assez heureux pour tomber sur un cancer au début, parfaitement mobile et indemne de généralisation, on devra essayer d'enlever radicalement la tumeur.

Sur le petit intestin, on tentera l'entérectomie avec suture au bouton métallique. Au gros intestin, si la tumeur est petite, on pourra pratiquer des excisions pariétales, mais tout en évitant de rétrécir, par une

(1) Finlayson, Glasgow, *Med. Journal*, 1879.

coudre trop brusque, la lumière de l'intestin. Au rectum, enfin, on pourra pratiquer l'excision du rétrécissement.

b) Palliative. — Dans le cas, et c'est le plus fréquent, où la tumeur n'est pas parfaitement isolable, on devra assurer la dérivation du cours des matières. Pour un cancer haut, situé sur l'intestin grêle, on pourra faire une entéro-anastomose. Si la lésion siège au gros intestin, on aura recours à l'anus artificiel iliaque. Un rétrécissement du rectum pourra être tourné par une sigmoïdo-recto-anastomose après laparotomie.

Nous n'essaierons pas de discuter la valeur de ces différents moyens thérapeutiques.

Evidemment, l'idéal réside dans l'ablation complète de la tumeur; mais le chirurgien tombe le plus souvent sur des néoplasmes dont l'évolution est tellement avancée qu'on ne peut plus songer à faire une opération radicale. L'état général des malades contre indique souvent les opérations curatives immédiates.

Il nous reste alors les anastomoses ou les anus contre nature, et nous ne sommes pas encore sûr d'améliorer toujours le sort de notre malade.

Ainsi, chez le malade qui fait l'objet de l'observation II, l'extirpation du rectum n'était pas indiquée, étant donnée l'absence de signes fournis par le toucher rectal.

La dilatation du gros intestin sur la partie supérieure de son trajet, la tuméfaction constatée dans la fosse iliaque gauche, permettraient de penser à l'ablation par la laparotomie, ou tout au moins à la création

d'un anus contre nature. Mais si l'intervention avait permis de mettre le malade à l'abri des accidents du rétrécissement cancéreux du rectum, si même elle avait permis l'extirpation et la guérison radicale du cancer, elle n'aurait pas pu remédier aux accidents déterminés par les rétrécissements plus élevés que la tumeur appréciée à la palpation abdominale, accidents, qui, à cause du degré de constriction de ces rétrécissements par adhérence, mettaient plus immédiatement la vie du malade en danger.

Malgré les aléas que peut nous faire courir une opération, nous nous déclarons partisan de l'intervention précoce.

Dès que nous verrons un malade atteint d'une tumeur intra-abdominale se cachectiser, nous ne devons pas reculer devant une laparotomie. Cette opération, menée aseptiquement, nous éclairera sur le diagnostic et, dans le cas où nous n'aurions pas devant nous un cancer intestinal, une cicatrice serait le seul vestige de l'intervention. Si, au contraire, la tumeur est de nature néoplasique, nous pourrions essayer de l'enlever ou, du moins, empêcher le malade de souffrir et lui procurer une certaine survie par une opération palliative précoce, pratiquée dans d'excellentes conditions de succès, puisqu'il n'existe pas encore l'aggravation causée par les accidents aigus ou subaigus d'obstruction.

Dans ce cas, nous essaierons d'abord le traitement médical. Si les résultats sont négatifs, au bout de deux ou trois jours, nous pourrions nous adresser à l'inter-

vention palliative, quitte à essayer quelque temps après une opération radicale.

Il est à regretter que, dans la plupart des observations que nous avons relatées, on se soit très peu occupé de faire bénéficier le malade des chances d'une intervention. L'observation III fait mention d'un anus iliaque pratiqué en deux temps, mais pourquoi, chez un comateux, faire deux opérations successives?

Les autres malades, soumis à des purgatifs, attendaient la mort dix et quinze jours sans qu'on lève les accidents de stercorémie par une ouverture immédiate.

Nous croyons que le chirurgien doit se faire un devoir de traiter le malade avant que l'état général de celui-ci ait rendu l'intervention impossible ou extrêmement dangereuse.

CONCLUSIONS

Nous avons relevé onze observations nettes de néoplasme sous-muqueux de l'intestin.

I. — Le cancer sous-muqueux de l'intestin est une tumeur maligne, carcinomateuse le plus souvent, qui prend naissance au niveau des culs-de-sac glandulaires, envahit la celluleuse et s'étend enfin aux parois musculéuse et séreuse.

II. — Nous observons une prédilection très marquée du cancer sous-muqueux pour la partie terminale du tube digestif, en particulier l'S romaine et le rectum.

L'abondance remarquable de tissu conjonctif qui entre dans la constitution des tumeurs, permet à ces dernières d'évoluer assez lentement; le développement

se fait de préférence vers les couches profondes de la paroi intestinale.

III. — Le néoplasme surviendrait plutôt chez les vieillards.

IV. — Aucun symptôme n'est pathognomonique de l'affection; nous notons les signes du cancer habituel de l'intestin, moins le melæna et le rétrécissement absolu qui accompagne la néoplasie de la muqueuse.

On doit arriver au diagnostic par exclusion; se baser sur l'irrégularité dans le cours des matières, la présence d'une tumeur et l'état de cachexie du malade, ainsi que le démontrent les observations de M. le professeur Poncet, que nous rapportons.

V. — Les complications qui surviennent: obstruction, invagination, perforation, généralisation, sont redoutables; le pronostic est fatal.

VI. — La mort est la terminaison habituelle; elle survient au bout d'un temps variable, de 1 à 2 ans; elle a lieu soit par cachexie, soit quand les malades sont abandonnés, par stercorémie.

VII. — Le traitement curatif serait le meilleur, mais il doit être appliqué dès le début de l'évolution du néoplasme; le traitement palliatif (dérivation du cours des matières), a procuré des survies et fait disparaître

des accidents d'obstruction ; il améliore souvent la cachexie engendrée par la stercorémie ; on doit l'employer lorsque l'obstruction n'a pas cédé, en deux ou trois jours, à un traitement médical.

BIBLIOGRAPHIE

BACQUÉ. — Thèse, 1893.

BARKER. — Cases of intestinal cancer in New-York Med. Journal, 1883.

BOUILLET. — in Bull. Soc. Anat., 1896.

Bull. de la Société anatomique de Paris, 1888.

— — — 1892.

Centralblatt für innere medicin, 1897.

CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.

DÉJERINE. — in Bull. Soc. Anat., 1878.

EICHORST. — Traité de path. int. et de thérapeutique.

FERGUSON. — in New-York Med. Journal, t. I^{er}, 1886.

FINLAYSON. — in Glasgow Med. Journal, 1879.

FLEUR. — Thèse, 1879.

Le FUR (René). — in Bull. Soc. Anat., 1898.

GROS. — Gazette des Hôpitaux, 1852.

HARDTMANN et TOUPET. — in Bull. Soc. Anat., 1894.

HAUSSMANN. — Etiologie et anotomie pathologique du cancer l'intestin. Thèse, 1882.

HOMOLLE. — in Bull. Soc. Anat., 1870.

LANCEREAUX. — Anatomie pathologique.

LAVERAN. — Progrès Médical, 1875.

LEFEBVRE. — in Bull. Soc. Anat., 1890.

QUÉNU et HARDTMANN. — Tumeurs du rectum, t. II.

QUÉNU et LANDEL. — Hist. path. du cancer du rectum. Rev. de Chir., 1897.

RABÉ. — in Bull. Soc. Anat., 1897.

RENAUT. — Histologie.

RINFLEISCH. — Histologie pathologique.

TESTUT. — Anatomie descriptive.

TILLAUX. — Cliniques.

Traité de Chirurgie, par DUPLAY et RECLUS.

TUFFIER. — in Bull. Soc. Anat., 1879.

— — — 1895.

Zeitschrift für Klin. Med., 1890 (Schütz).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie et Histologie normales de l'intestin.....	12
CHAPITRE II. — Anatomie et Histologie pathologiques.....	17
1° Siègé anatomique.....	17
Forme (Obs. I).....	18
Volume.....	19
Consistance.....	20
2° Siègé histologique (Obs. II et III).....	20
Lésions à distance.....	24
Perforation.....	30
3° Nature et variétés des tumeurs (Obs. IV, V, VI, VII).....	30
CHAPITRE III. — Etiologie (Obs. VIII).....	35
CHAPITRE IV. — Symptomatologie et Diagnostic.....	42
Symptômes (Obs. IX).....	42
Diagnostic (Obs. X).....	51
CHAPITRE V. — Complications (Obs. XI).....	60
CHAPITRE VI. — Marche, durée, terminaison.....	66
Pronostic.....	68
CHAPITRE VII. — Traitement.....	69
CONCLUSIONS.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	77

